

Z Kliniki Stomatologicznej Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Józef Jarząb

Grażyna JARZĄB-BASTOWA

Nadziąślak. Etiopatologia i leczenie

Эпулис — этиопатология и лечение

Epulis, Its Etiopathology and Treatment

Nadziąślakami (*Epulis*) określano od dawna wszystkie guzowate narośle, znajdujące się na dziąśle lub na brzegu zębodołu. Nazwa ta jest wprawdzie tylko pojęciem topograficznym, jednak obejmowała ona wszystkie guzowate twory na dziąśle bez względu na ich właściwości morfologiczne i biologiczne. W ogólnej klasyfikacji nowotworów nie robiono żadnej różnicy i nadziąślaków nie wyodrębniano, ale zaliczano je do nowotworów zależnie od budowy anatomicznej, albo do włókniaków (*Fibroma*) albo do mięsaków (*Sarcoma*) (L e s e r).

Do dziś dnia nadal utrzymuje się podział na *epulis fibromatosa* i *epulis sarcomatodes* (W a g n e r). W podziale tym nie uwzględniano zupełnie przebiegu klinicznego nadziąślaków, który bez względu na ich budowę histologiczną jest całkowicie łagodny i dobrotliwy.

Zagadnienie nadziąślaków przez długi czas pozostawało nie wyjaśnione i w dalszym ciągu w poglądach nie ma jeszcze całkowitej jedności. Odzwierciedla się to także niejednokrotnie w zbyt radykalnym postępowaniu chirurgicznym, takim jakie jest konieczne tylko w typowych nowotworach złośliwych (L i n d e m a n n).

Obserwacje nasze dotyczą przypadków nadziąślaków operowanych w Klinice Stomatologicznej Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie w ciągu ostatnich lat. Obejmują one 93 chorych w wieku od 2 do 65 lat, w tym mężczyzn 18, kobiet 69, dzieci 6.

Klinicznie nadziąślaki przedstawiały się jako drobne okrągłe guzki wielkości małego grochu, niekiedy śliwki, wyjątkowo osiągały większe rozmiary. Umiejscowione były w okolicy zębów siecznych i przedtrzonowych, na zewnętrznej stronie wyrostka zębodołowego szczęki górnej w 40 przypadkach, a na wyrostku zębodołowym szczęki dolnej w 53. Wychodziły z przestrzeni międzyzębowych lub brzegu dziąsła, z ozębnej lub okostnej, na wąskiej szypule, lub szeroką ale wyraźnie ograniczoną podstawą sięgały do kości i szpiku kostnego. Nadziąślaki większych rozmiarów przylegały ściśle do zębów i wypełniały wszystkie zagłębienia.

Niekiedy obejmowały one sąsiednie zęby także od strony podniebiennej, przy czym obie części nadziąślaka połączone były cienkim pomostem (ryc. 1).



Ryc. 1. Nadziąślak włóknisty (*Epulis fibromatosa*).

Epulis fibromatosa.

Powierzchnia nadziąsłaków pokryta błoną śluzową była gładka, czasem brodawkowata lub płatowata. Niekiedy wyraźne na niej były ślady nagryzania lub owrzodzenia, pokryte szarym nalotem, powstałe w wyniku obrażeń w czasie żucia.

Poruszanie nadziąślaka było niebolesne, a w ujęciu palcami uwydatniała się różnorodna jego spistość. Nadziąślaki zależnie od swojej budowy były twarde, sprężyste, a także miękkie i ciastowate. Samoistnych dążeń do owrzodzeń i rozpadu nie wykazywały. Zabarwienie blado-różowe, ciemnoczerwone, lub sinoczerwone uzależnione było od stopnia ukrwienia. Na większych nadziąsłakach można było stwierdzić wszystkie odcienie tego zabarwienia.

Na przekroju nadziąślaki przedstawiały jednolite twory o czerwonej barwie, w których widać było mniejsze lub większe szarawe plamy i czasem dużą ilość naczyń. Naczynia te przeświecając nadawały powierzchni nadziąślaka sinawe zabarwienie. W okolicy naczyń pod powierzchnią nabłonka znajdowały się niekiedy małe rozsypane ogniska ciemnobrunatnego pigmentu. Przekroje bardziej zbite i blado zabarwione, o skąpej ilości naczyń, zawierały nieznaczne nagromadzenie wapnia i tkanki przypominającej chrząstkę lub kość.

Rentgenologiczny obraz okolicy umiejscowienia nadziąślaka wykazywał w jednych przypadkach rozlane zmiany resorpcyjne w kości, w innych natomiast wyraźny zanik kostny, zaznaczający się nieregularną, czasem ostrą linią, podobnie jak przy torbieli (ryc. 2).



Ryc. 2. Rentgenogram nadziąślaka włóknistego ze zwapniałym ogniskiem.
Radiogram of *epulis fibromatosa* with calcified focus.

Drobnowidowa budowa wszystkich nadziąślaków przedstawiała różne stadia tkanki ziarninowej, pokrytej zwykle prawidłowym nabłonkiem. Czasem był on pogrubiczony, wnikał głęboko w bliznowato zmienioną i zapalnie nacieczoną tkankę łączną warstwy brodawkowatej. Brodawki stawały się wskutek tego węższe i wydłużone (ryc. 3). Pod nabłonkiem w młodszej tkance ziarninowej spotykałam dużą ilość naczyń włosowatych i wolnych przestrzeni wysłanych śródbłonkiem, częściowo wypełnionych krwinkami, dużo limfocytów, leukocytów, oraz dużą ilość komórek plazmatycznych na ogólnej, słabo zaznaczonej podściółce łącznotkankowej.

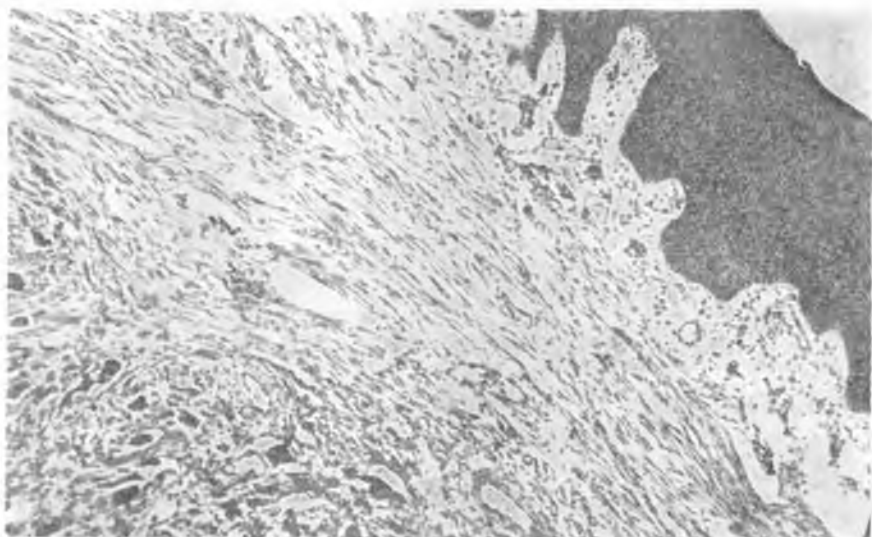
W starszej tkance ziarninowej natomiast występowały te same elementy komórkowe, ale w formie nieco zredukowanej na korzyść tkanki łącznej. Zjawiały się tu w większej ilości fibroblasty i cała niemal tkanka zamieniała się stopniowo na bardziej zbitą, włóknistą, pozbawioną w dużej mierze naczyń i komórek.

Małe grupki komórek nabłonkowych, które mogły dostać się w obręb pola widzenia nadziąślaka należy uważać za wysepki nabłonkowe Malasseza, znajdujące się na brzegu dziąsła, a pochodzące z okresu embrionalnego.

Wewnątrz tkanki ziarninowej znajdowały się w różnych miejscach mniejsze lub większe skupiska drobnokomórkowe i wylewy krwawe, które świadczą o niewygasłych tam sprawach zapalnych.

Dość częstą cechą nadziąślaków są komórki olbrzymie. Występowały one nie we wszystkich nadziąślakach i liczba ich była różna. Były rozmieszczone pojedynczo lub gdzieś ułożone grupkami

w pobliżu naczyń i wylewów krwawych, porozdzielane dużą ilością tkanki łącznej. Nadziąślaki pozbawione komórek olbrzymich są uważane za typ późniejszy, włóknisty, w którym komórki olbrzymie zanikły.



Ryc. 3. Nadziąślak olbrzymiokomórkowy (*Epulis gigantocellulare*). Całkowite zwióknienie warstwy pod nabłonkiem, po lewej stronie u dołu widoczna grupa komórek olbrzymich z dużą ilością tkanki międzykomórkowej. Barwienie: hematoxyliną i eozyną. Mikrofot. ROW. pow. ca 900 \times .

Epulis gigantocellulare. Total fibrosis of subepithelial layer, at bottom left a group of giant cells with great amount of intercellular substance. Stained with haematoxylin and eosin. Microphot. ROW, 900 \times ca.

Kształt komórek olbrzymich był rozmaity: owalny, wrzecionowaty i wieloboczny. Jądra ich były nieco wydłużone i niekiedy otoczone jasną, mniej zróżnicowaną protoplazmą. Jądra te były dość chaotycznie ułożone na obwodzie komórki, a najczęściej były zgrupowane na jej brzegach. Widoczne różnice w barwieniu komórek, najprawdopodobniej uzależnione były od ich stanu fizjologicznego, a zatem od wieku komórki. Jedne z nich bowiem barwiły się słabiej i w preparatach były mniej wyraźne, inne zaś barwiły się dobrze co dawało im kontury ostro zarysowane.

Zachowanie się nadziąsłaków w stosunku do otoczenia, a szczególnie do tkanki kostnej, na której się znajdują nie zawsze było jednakowe. U jednych spotykałam oddzielenie się od kości tkanką łączną, przy czym powierzchnia kości gładka i nie zmieniona była nieco wklęsła od ucisku guza, u drugich spotykałam miejscowy zanik kostny, wytwarzanie zagłębień, zmniejszenie beleczek kostnych i rozszerzenie kanali-

ków oraz przestrzeni szpiku kostnego. Tkanka nadziąślaków wnikała w głąb i łączyła się za pomocą wypustek ze szpikiem kostnym, w którym obok naczyń krwionośnych widoczne były w dużej ilości komórki wrzecionowate i olbrzymie. Te zmiany przypominające zwyrodnienie włókniste spowodowały, że niektórzy badacze utożsamiają je z *ostitis fibrosa Recklinghauseni* (Weber). Nadziąślaki są jednak schorzeniem ściśle miejscowym pochodzenia zapalnego i z włóknistym zapaleniem ogólnego systemu kostnego nie należy ich łączyć.

Przypadki omawiane w tekście ilustrują wyciągi z historii chorób.
Przypadek 1.

Chora D. M., lat 53, rolnik, nr hist. chor. 1245/53, zgłosiła się do Kliniki Stomatologicznej A. M. z powodu guza wielkości fasoli, umiejscowionego na wyrostku zębodołowym w okolicy zębów 4. Podaje, że przed 2 laty usunęła zęby 7, 6, 5, 4, 2, 1, Zębem 3 tkwiącym samotnie nagryzała dziąsło dolnego wyrostka zębodołowego. Po pewnym czasie zauważyła powstanie małego czerwonego guzka początkowo lekko krwawiącego. Stopniowo guz powiększał się i stawał się twardy, barwy sinoróżowej. Na jego powierzchni, pokrytej błoną śluzową, widoczne było zagłębienie odpowiadające wciskającej się koronie 3. Guz początkowo nie sprawiał żadnej dolegliwości obecnie przeszkadza w mówieniu i przyjmowaniu pokarmów.

Rentgenogram okolicy guza wykazywał rozległy zanik beleczek kostnych, zaznaczający się nierówną ostrą linią.

Badanie histologiczne dało obraz typowy dla *epulis globo-fuso-gigantocellulare*. Na obfitym podłożu tkanki łącznej włóknistej obecne były grupy komórek olbrzymich porozielianych międzykomórkową tkanką łączną.

Przypadek 2.

Chory R. W., lat 46, nr hist. chor. 1115/56, robotnik, zauważył przed 3 laty w miejscu rozchwianych zębów 2—3 (*paradentopathia*) od strony wargowej twarde guzek o gładkiej powierzchni, bladoróżowy, nieco ruchomy i niebolesny, rozwijający się stopniowo do wielkości orzecha włoskiego.

Rentgenogram okolicy guza wykazywał obecność obnażonego zęba i rozlany zanik beleczek kostnych wyrostka zębodołowego, odpowiadający przestrzeni uciśkanej przez guz.

Badanie histologiczne: pod prawidłową warstwą nabłonka przebiegają w różnych kierunkach pasma tkanki łącznej włóknistej z komórkami wrzecionowatymi. W środku przekroju widoczne są bezpostaciowe ogniska, odpowiadające złogom wapnia. Rozpoznanie: *Epulis fibromatosa*.

Przypadek 3.

Chora G. N., lat 26, studentka, nr hist. chor. 1029/57 uskarża się na krwawienie z guzka w okolicy 5 przy pobieraniu pokarmów. Przed 3 miesiącami usunęła ząb 5. Po zabiegu silnie krwawiła. Po kilku tygodniach zauważyła powstanie maleńkiego, czerwonego guzka w miejscu usuniętego zęba. Guzek ten barwy czerwonej, uszypułowany, konsystencji miękkiej, przy dotyku łatwo krwawił. Niebolesny, stopniowo rozrastał się i doszedł do rozmiarów ziarna grochu.

Rentgenogram wykazuje zagojony zębodół po zębie 5 i nieco wygładzony brzeg kostny.

Badanie histologiczne przedstawia tkankę ziarninową bogato unaczynioną.

Wszystkie przypadki operowano w znieczuleniu miejscowym, lub przewodowym. Po uniesieniu pensetą chirurgiczną guza przeprowadzaliśmy cięcie w zdrowej tkance w odległości 3—4 mm od podstawy przyczepu nadziąsłaka. Następnie po podważeniu ze wszystkich stron usuwaliśmy go wraz z okostną. Zmiany uwidaczniające się w czasie operacji jako nierówne, porowate miejsca w kości, odpowiadające miejscu wnikania w głąb tkanki nadziąsłaka, usuwaliśmy wraz z rozchwianymi zębami, a kość wygładzaliśmy. Otwartą ranę pokrywało się następnie błoną śluzową i zakładało szwy.

W 4 przypadkach zaobserwowano ponowne powstanie guza po 5—11 miesiącach. Niepowodzenie należało przypisać niedokładnie przeprowadzonemu zabiegowi operacyjnemu. Po zoperowaniu ponownym, dokładnym usunięciu czynników drażniących i operacyjnym wycięciu guza wraz z otaczającą go tkanką, zmienioną zapalnie, nastąpiło całkowite wyleczenie.

W jednym przypadku guz podobny klinicznie do nadziąsłaka w badaniu histopatologicznym okazał się przerzutem *chorion epithelioma* z jamy macicy. Przypadek zakończył się zejściem śmiertelnym.

Powikłania po operacjach występują rzadko. Mogą one dotyczyć obnażenia sąsiednich zębów, lub otwarcia zatoki szczękowej. Przejścia nadziąsłaków w nowotwory złośliwe nie znamy.

Tabela 1

	Liczba przypadków	Wiek chorych	Męż.	Kob.	Dzieci	Czas powstania guza	umiejscow. na szczęce	Stan jamy ustnej
<i>Epulis granulomatosa</i>	4	6—25	—	1	3	kilka miesięcy	dolnej	dobry
<i>Epulis fibromatosa</i>	68	2—65	11	56	1	kilka lat	górnej i dolnej	zły: rozchwiane i próchnicowe zęby
<i>Epulis globo-fusogigante cellulare</i>	21	13—58	7	12	2	kilka lat	górnej i dolnej	zły: braki w uzębieniu, zmiana uzębienia z mlecznego na stałe
Razem	93	—	18	69	6	—	—	—

Omówione przypadki zebraliśmy w tab. 1, która wykazuje uzależnienie występowania nadziąsłaków od wieku, płci i stanu jamy ustnej.

Nadziąślaki mogą powstać w każdym wieku, najczęściej w okresie do 40 roku życia. Występują niezależnie od zdrowego czy chorego uzębienia, częściej u kobiet niż u mężczyzn, mniej więcej w stosunku 3:1. U tego samego osobnika może występować równocześnie kilka nadziąślaków. Przy bezzębiu zwykle one nie występują. Przypuszcza się, że powstanie ich jest związane z obecnością zębów. Po usunięciu samych tylko zębów nie zauważa się ich zmniejszenia lub zaniku.

W powstaniu wytworzonego zapalenia jako podłoża dla rozwoju nadziąślaków odgrywają rolę drobnoustroje i wszystkie czynniki drażniące. (Zitka). Tak jedne, jak i drugie atakują wyrostek zębodołowy przez całe życie. Tu spotykamy zapalenie ozębnej, okostnej, i wszystkich tkanek przyzębia. Tu oddziałują ustawicznie drażniące przyczyny jak kamień nazębny, wiszące wypełnienia nie przylegające lub za głęboko osadzone korony, mostki, różne metale, źle przylegające protezy, korzenie z ostrymi brzegami i zalegającymi resztkami pokarmowymi, długo gojące się rany poekstrakcyjne, urazy z wylewami krwawymi, brak higieny, otwarty zgryz i wiele innych. Sama miałam możliwość śledzenia powstania nadziąślaka z powodu zranienia i naderwania więzadełka okrężnego. W przeciągu pół roku powstał u młodego osobnika na brzegu ustawicznie drażnionej rany więzadełka nadziąślak wielkości ziarna grochu.

Poza ściśle miejscowymi przyczynami istnieje prawdopodobnie na ogólnym podłożu szczególna wrażliwość komórek objawiająca się nadmierną ich funkcją. Jako przyczyny wylicza się tu choroby krwi i naczyń, samozatrucia i zaburzenie w wewnętrznym wydzielaniu. Stąd wzrost nadziąślaków spotykamy w krwawieniach, przy wylewach krwawych wskutek urazu, w okresie dojrzewania, w ciąży.

Rozrost ich jest bardzo powolny, ograniczony i całkowicie dobrotliwy, nie sprawia żadnych dolegliwości i nie powoduje zmian węzłów limfatycznych. Stały ich mechaniczny ucisk może stać się niekiedy przyczyną znacznego przesunięcia zębów. Nadziąślaki w większych rozmiarach mogą nawet przeszkadzać w mowie i przyjmowaniu pokarmów.

Nadziąślaki nie dają przerzutów, nie powodują wyniszczenia, ani zatruc, a usunięte doszczętnie wraz z przyczyną nie dają nawrotów. (Partsch, Euler). Przy ewentualnych nawrotach, które tak klinicznie, jak histologicznie, mają zawsze charakter miejscowy, można zauważyć niejednokrotnie chwilowy wzmożony rozrost. Również nagły rozrost mogą wywołać szczególne przyczyny jak osłabienie, uraz, ciąża. W ciąży rozwijają się nadziąślaki znacznie szybciej i mogą dochodzić do dużych rozmiarów. Po rozwiązaniu ciąży samoistnie się zmniejszają i nawet mogą całkowicie zniknąć (Björkenheim, Riebe, Rosenstein).

Rozpoznanie kliniczne nadziąsłaków ułatwia odpowiednie zestawienie obrazu klinicznego i histologicznej budowy i daje ich przejrzysty przebieg:

1. Nadziąsłak ziarninowy (*epulis granulomatosa*) przedstawia początkową formę nadziąsłaka utworzonego z tkanki ziarninowej nie zmienionej. Występuje jako mały, czerwono zabarwiony guzek niezwykłe miękki i prawie rozplywający się pod palcami. Przy dotyku robi wrażenie fluktuacji.

2. Nadziąsłak włóknisty (*epulis fibromatosa*) posiada tkankę ziarninową starszą, włóknisto i bliznowato zmienioną, wskutek tego jest twardy, o bladoróżowym zabarwieniu. Wewnątrz często posiada zwapniałe ogniska.

3. Nadziąsłak krągło-wrzecionowato-olbrzymio-komórkowy (*epulis globo-fuso-giganto-cellulare*) znany dawniej mięsakowatym (*epulis sarcomatodes**) zawiera komórki okrągłe, niekiedy wrzecionowate z podstawowej tkanki, lub komórki olbrzymie z niedostatecznie rozwiniętego pączkowania naczyń. Jest on płaski, spoczywa na szerokiej podstawie, pokryty cienką, czerwoną i sino zabarwioną błoną śluzową. Miękki w dotyku, zawiera obok typowej tkanki ziarninowej rozrośnięte komórki okrągłe lub wrzecionowate. Nadziąsłak zawierający komórki olbrzymie występuje najczęściej i wyrasta prawie z reguły na brzegu dziąsła.

Bardziej praktyczne znaczenie ma podział wszystkich nadziąsłaków na powierzchowne i centralne, zależnie od umiejscowienia powierzchownego czy też głębokiego (Ł u k o m s k i j).

Pierwsze wyrastają na brzegu dziąsła z ozębnej i okostnej, a ich najczęstszą przyczyną są przewlekłe sprawy zapalne w tej okolicy. Drugie, centralne wychodzą z samej kości i szpiku kostnego na skutek urazów, śródkostnych wylewów krwawych lub resorpcji korzeni mlecznych. Przypuszcza się, że pierwotne zmiany zapalne występują najpierw w kości wyrostka zębodołowego, a sam nadziąsłak jest objawem wtórnym.

Rentgenologicznie przy pierwszym nie stwierdzamy żadnych zmian w kości wyrostka zębodołowego. Przy drugim natomiast występują rozległe resorpcje i zagłębienia.

Leczenie nadziąsłaków winno się opierać na wszystkich dotychczas omówionych ich właściwościach. Już zapobiegawczo możemy w dużej mierze przeciwdziałać powstaniu nadziąsłaków, jeżeli naszymi zabiegami stomatologicznymi nie stworzymy miejscowego podłoża dla ich powstania. Zranienia dziąseł przy usuwaniu kamienia i preparowaniu ubytków próchnicowych, pozostawienie ostrych brzegów przy usuwaniu zę-

*) Nazwy tej nie podtrzymuję, aby nie przypominała nowotworów złośliwych.

bów, zaniedbywanie leczenia zranień okolicy przyzębia, niedokładne roboty techniczne, przy ogólnych momentach usposabiających, mogą pobudzić tkankę do nadmiernego rozrostu.

Na wszystkie czynniki drażniące mechanicznego czy drobnoustrojowego pochodzenia, ustrój odpowiada odczynem zapalnym, który wskutek dłużej działających przyczyn ma charakter przewlekły, wytwórczy. Jako wynik wzmożonego podziału komórek, powstaje tkanka ziarninowa, z której rozwija się nadziąślak. Tkanka ta jest wyrazem odtwórczych sił ustroju i naturalnych dążności do pokonywania drażniących wpływów i zmienionych warunków (Jarząb). W tym rozumieniu podział komórek w nadziąślakach odbywa się wprawdzie ponad potrzebę, ale nie w nieskończoność. Nadziąślaki nie są całkowicie samodzielną tkanką, osiągają one pewną ograniczoną wielkość, której zwykle nie przekraczają. Wpływ i kontrola ustroju nie jest tutaj całkowicie zniesiona, ale doznaje tylko pewnego opóźnienia w działaniu. W czasie tym mogą komórki tkanki ziarninowej wykazywać nawet objawy samodzielności. Raz bowiem pobudzone do rozrostu czynnikami drażniącymi mogą trwać dalej w tym stanie, chociaż rola tych czynników już się skończyła. Przyczyna rozrostu tkwi nie w samej komórce, ale poza nią, jak już wspominałam, w czynnikach zapalnych, drażniących.

Inaczej jest w nowotworach. W powstawaniu nowotworów nie znamy przyczyny, a czynnik drobnoustrojowy i zapalny nie wchodzi w rachubę. Rozrastają się one zupełnie samodzielnie i nieograniczenie, bez widocznego celu.

Klinicznie nowotwory mają zazwyczaj większe rozmiary, są bardziej rozlane i sięgają głęboko poza wyrostek zębodołowy. Nowotwory takie, jak nabłoniaki i mięsaki wykazują rozrost szybki, naciekowy i niszczący. Małe powierzchowne brodawczaki o kalafiorowatej budowie, oraz polipy dziąsłowe lub miazgowe, które łatwo krwawią i wychodzą z próchnicowych zębów nie trudno tutaj wyłączyć.

Jednym z głównych powodów, dla których nadziąślaki zaliczano do mięsaków i uważano je za nowotwory złośliwe były komórki olbrzymie. Występowanie ich w niektórych nadziąślakach pozostawało przez długi czas nie wyjaśnione. Zagadnienie to znalazło rozwiązanie dopiero w ostatnich czasach na skutek wyników badań autorów, (Lubarsch, Pommmer, Konjetzny, Łukomskij). Według tych autorów komórki olbrzymie nie tworzą istoty głównej nadziąślaków. Istotę tę tworzy tkanka łączna ziarninowa, pochodzenia zapalnego, z której nadziąślak bierze początek i która w rozmaitym stadium rozwoju znajduje się we wszystkich nadziąślakach. Jest ona, zwłaszcza młoda, bardzo żywotna, bogato

unaczyniona i stale w swoim rozroście wykazuje tworzenie się nowych naczyń przez pączkowanie.

Niekiedy jednak z przyczyn bliżej niewiadomych ustrój po utworzeniu pączków naczyniowych nie może nadążyć w dalszym ich przekształcaniu w naczynia (S i e g e m u n d). Wskutek tego nie dochodzą one już do dalszego rozwoju, ale pozostają na tym samym etapie. Komórki ich powiększone i wielojądrzaste ułożone w ścianach śródbłonek naczyń włosowatych, utrzymują się tam jako komórki olbrzymie. Nie są to komórki nowotworowe, samodzielne, o charakterze niedojrzałym, ale zróżnicowane śródbłonki naczyń wskutek ich nadmiernego rozrostu. Stąd komórki olbrzymie spotykamy w dużych ilościach w nadziąślakach bogatych w naczynia i wylewy krwawe, które nadają im znaczną miękkość i sinawe zabarwienie.

Takie same komórki olbrzymie, tkwiące w sąsiedztwie i śródbłonek naczyń, spotykamy również w przerostowym zapaleniu dziąseł. Obraz histopatologiczny tych spraw jest taki sam jak u nadziąślaków włóknistych, dlatego też niektórzy, nie bez słuszności, uważają nadziąślaki za pewną, bardziej ograniczoną postać przerostowego zapalenia dziąseł (*gingivitis hypertrophica*). Na podstawie naszych obserwacji doszliśmy do wniosku, że brak pewnej regularności w budowie i kształcie komórek olbrzymich, brak niedojrzałych i przejściowych form, brak patologicznej mitozy, brak wszystkiego, co nazywamy wielopostaciowością, a co czyni tkankę niedojrzałą, oraz duża ilość tkanki międzykomórkowej stwarzają zasadniczą różnicę między komórkami olbrzymimi nadziąślaka, a nowotworowymi komórkami olbrzymimi mięsaka.

Dalsze porównania nadziąślaka z nowotworami wykazują, że tak rozmaitej struktury komórkowej nie spotykamy nigdy w żadnych typowych nowotworach. Nowotwory są zbudowane bardziej solidnie i jednolicie, to też na pytanie czy nadziąślaki należy uważać za nowotwory, w dzisiejszym stanie rzeczy odpowiadamy przecząco.

PIŚMIENNICTWO

- 1) Jarząb J.: Pol. Dent. 1929 z. 3 s. 119, 2) Leser E.: Die allgemeine Chirurgie. Jena 1906, s. 523, 3) Lindemann: Rev. de Stom. 1952 z. 7, s. 563,
- 4) Łukomski S. G.: D. M. f. Z. 1926 z. 19, s. 697, 5) Partsch C.: Die chirurgischen Erkrankungen der Mundhöhle, München 1932, s. 220—237, 6) Port-Euler: Lehrbuch der Zahnheilkunde. München. 1954, s. 466—471, 7) Siegemund H.: D. M. f. Z. 1926 z. 7, s. 270, 8) Wagner: Zahnärztl. Rund. 1932 z. 40, s. 1654,
- 9) Weber R.: D. M. f. Z. 1927 z. 16, s. 721, 10) Zítka E.: Ost. Zeit. f. Stom. 1952, z. 3, s. 140.

РЕЗЮМЕ

Автор в начале своей работы занимается выяснением понятий, заставляющих зачислить эпулис к опухолям. Затем обсуждает клиническое течение эпулиса, его рентгенологическую картину и гистологическое строение. Далее анализирует характер и строение эпулиса на фоне других опухолей, выясняя в особенности происхождение гигантских клеток в эпулисах. Автор обращает внимание на отсутствие регулярности в их строении и форме, а также на отсутствие зрелых и переходных форм с характерным для опухолей патологическим митозом и многообразием клеток. На основании выше сказанного автор указывает на разницу в происхождении гигантских клеток эпулиса и выясняет их доброкачественный клинический характер.

Автор устанавливает, что эпулисы не проявляют тенденции к спонтанному распаду, никогда не дают заносов, а их рост не имеет инфильтрационного характера.

Доброкачественное лечение эпулисов автор иллюстрирует собственными клиническими случаями.

ОБЪЯСНЕНИЯ К РИСУНКАМ

Рис. 1. Эпулис фиброзный (*Epulis fibromatosa*).

Рис. 2. Рентгенограмма фиброзного эпулиса с кальцификационным очагом.

Рис. 3. Эпулис гигантоклеточный (*Epulis gigantocellulare*). Полная кальцификация слоя под эпителием, внизу с левой стороны видна группа гигантских клеток с большим количеством межклеточной ткани. Окрашивание: гематоксилином и эозином, Микрофот. ROW. Ув. около 900х.

SUMMARY

The author gives the reasons why *epulis* is counted among neoplasms, and discusses its behaviour, radiological picture and histological structure.

By comparing the absence of regularity of structure and shape as well as the absence of unripe and transient forms with cellular polymorphism, which is so characteristic of neoplasms, and with pathological mitosis, the author shows the difference in the origin of giant cells in *epulis* and explains its benign course.

Epulis has no tendency to desintegration, it never produces metastases, and its growth is not of infiltrative character. The benign course of *epulis* is confirmed by some case-histories collected by the author.

